

Formulário de Solicitação do Shoubyou Teate do Kokumin Hoken

国民健康保険傷病手当金支給申請書

Dados do Segurado 被保険者情報	KIGOU BANGOU 記号・番号 do segurado			Nome do chefe da família 世帯主氏名					
	(Nome em KATAKANA) Nome 氏名			Data de nascimento 生年月日	Ano 年	Mês 月	Dia 日		
	Endereço 住所								
Dados da conta bancária 振込先	Nome da Instituição Bancária 金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所					
	Tipo de conta 預金種別	Corrente 普通	Empresarial 当座	Número da conta 口座番号					※ Em caso da conta do correio, escreva o número de 3 dígitos da agência
	Titular da conta bancária 口座名義人 (カタカナ)								
※ Preencha pelo quadrado da esquerda. Os símbolos "°" ou "〃" de cima da letra, devem ocupar um quadrado. Abra um espaço entre os nomes.									
Ilmo. Sr prefeito de Toyohashi, Solicito o auxílio, conforme os dados acima. Reia 令和 Ano 年 Mês 月 Dia 日 Endereço 住所 Telefone 電話番号 Nome do chefe da família 世帯主氏名 <p style="text-align: right;">豊橋市長様</p>									

【世帯主と口座名義人が異なる場合】 (Quando o titular da conta não for o chefe da família, preencha abaixo.)

Chefe da família 世帯主	Eu outorgo os poderes para o representante abaixo receber o pagamento deste auxílio. Reia 令和 Ano 年 Mês 月 Dia 日			
	Nome 氏名	()	Endereço: o mesmo 住所 同上	
Titular da conta 口座名義人 Representante 代理人	〒 —		Relação com o chefe da família 世帯主との関係	
	(Nome em KATAKANA) Nome 氏名			

Preenchimento do segurado 保険者 記入欄	Valor Determinado do Pagamento / 支給決定額
	ienes 円

Formulário de Solicitação do *Shoubyou Teate* do Kokumin Hoken (Para preenchimento do segurado)

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

Nome do segurado 被保険者氏名																				
Aparecimento dos sintomas 症状が出た日	Reiwa 令和	Ano 年	Mês 月	Dia 日	Data que consultou o Posto de Saúde (Caso tenha consultado) 受診・相談センターへの相談日 ※相談した場合に記入	Reiwa 令和	Ano 年	Mês 月	Dia 日	(Aprox. às hrs./時頃)										
① Consulta na instituição médica 医療機関の受診状況					Consultei 1. 受診した		Não consultei 2. 受診していない													
Para quem respondeu "Consultei" no item ① ①で「受診した」と回答した場合					Reiwa 令和	Ano 年	Mês 月	Dia 日												
② Data de consulta na instituição médica 医療機関の受診日					Reiwa 令和	Ano 年	Mês 月	Dia 日												
③ Sintomas (Período, etc., detalhadamente) 症状 (期間などを具体的に)					Mês 月	Dia 日	~	Mês 月	Dia 日											
					Mês 月	Dia 日	~	Mês 月	Dia 日											
					Mês 月	Dia 日	~	Mês 月	Dia 日											
④ Período que ficou de repouso 療養のために 休んだ期間		Desde Reiwa 令和	Ano 年	Mês 月	Dia 日から	⑤ No período da esquerda, a quantidade de dias que não conseguiu ir trabalhar. 左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (Exceto as folgas que não são devido ao contágio da COVID-19 (inclui os dias que estava com sintomas e suspeita de contágio) ou os dias que não havia previsão de trabalho.)				dias 日										
Até Reiwa 令和		Ano 年	Mês 月	Dia 日まで																
⑥ Recebeu o pagamento da empresa, referente ao período acima de repouso? Ou tem previsão para receber? 上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払いを受けましたか。または、今後受けられますか。						SIM 1. はい		NÃO 2. いいえ												
⑦ Para quem respondeu "SIM" no item ⑥, escreva o período referente e o valor recebido. ⑥で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間をご記入ください。		Desde Reiwa 令和				Ano 年	Mês 月	Dia 日から	(Valor recebido em ¥ 給与等の額:円)											
		Até Reiwa 令和				Ano 年	Mês 月	Dia 日まで	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
Para preenchimento da empresa 事業主記入欄		令和 年 月 日 上記③～⑦の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名																		
Nome do responsável 担当者氏名						Telefone 電話番号														

国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名																
①新型コロナウイルス感染症（発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む）により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。												左記の事由による 無給休暇の日数				
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
②新型コロナウイルス感染症（発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む）により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇（賃金が生じる）は＝】、【その他の休暇（賃金が生じない）は／】でそれぞれ表示してください。												賃金が生じた日数の計 （○、△、＝の計）				
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？		1. はい	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日		日							
		2. いいえ		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給						支払日					
				<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他		1. 当月 2. 翌月		日							
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当（賞与）は除く。																
事業主が証明するところ	期間 区分	単価(円)	月 日 ～		月 日 ～		月 日 ～									
			月 日 分		月 日 分		月 日 分									
				(A)支給額(円)		(B)支給額(円)		(C)支給額(円)								
	基本給															
	時給															
	手当															
	手当															
	手当															
	現物給与															
	計															
賃金支給総額(上記(A)～(C)の合計)										円						
賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。																
令和 年 月 日																
上記のとおり相違ないことを証明します。																
事業所所在地																
事業所名称																
事業主氏名																
担当者氏名								電話番号								

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																
	傷病名																初診日	令和 年 月 日															
	発病年月日	令和 年 月 日															発病の原因																
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から																療養費用の種別															
		令和 年 月 日まで																															
	うち、入院期間	令和 年 月 日から															転帰																
		令和 年 月 日まで																															
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和 年 月			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日												
		令和 年 月			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31	診療 実日数	日									
		令和 年 月			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日												
	令和 年 月			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			診療 実日数	日										
	上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																
																手術年月日	令和 年 月 日																
																退院年月日	令和 年 月 日																
	症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																
															令和 年 月 日																		
上記のとおり相違ありません。																																	
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名															電話番号																		